DISSERTATION

N° 104.

SUR

L'INFANTICIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 14 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B.-E.-ÉDOUARD CROUZET, de l'Isle d'Alby,

Département du Tarn.

Primum erat, ut nihil unquam veluti verum admitterem, nisi certò et evidenter cognoscerem.

DESCARTES, *de Methodo.*

A PARIS,

DE L'IMRRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président*. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs

Baudelocque.
Bayle.
Berard.
Blandin.
Bouillaud, *Examinateur*.
Bouvier.
Briquet, *Examinateur*.
Brongniart.
Cloquet.
Cottereau.
Dance.
Devergie.

Messieurs

Dubled.
Dubois.
Gerdy.
Gibert.
Hatin.
Lisfranc.
Martin Solon.
Piorry.
Rochoux.
Sandras.
Trousseau, *Suppléant*.
Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

OPTIMIS PARENTIBUS

NEC NON

DILECTISSIMO FRATRI.

HOCCE OPUSCULUM,
AMICITIÆ PIGNUS ET LABORIS TESTIMONIUM,
MEMORI BENEFICIORUM ANIMO

DICAT ET VOVET

J.-B.-E.-ÉDOUARD CROUZET.

AVANT-PROPOS.

De toutes les questions de médecine légale, il n'en est pas de plus difficile, de plus importante, et qui soit entourée de plus d'obscurités que l'infanticide. Assurer le triomphe de l'innocence, démêler le crime à travers les ruses et les artifices dont la scélératesse l'environne, fonder sur des preuves scientifiques l'existence d'un délit, prononcer sur l'honneur, la liberté, la vie d'un accusé, en un mot faire concourir à l'administration de la justice les secours de la médecine : tel est le rôle qu'un médecin probe et éclairé est souvent appelé à remplir auprès des tribunaux criminels. Mais la médecine légale en général, *ou bien l'application des diverses branches de la médecine à l'éclaircissement de certains points de droit*, exige dans son

exercice la réunion d'un grand nombre de qualités, parmi lesquelles on doit mettre au premier rang un jugement droit et impartial, une connaissance approfondie de l'art et une fermeté inébranlable. C'est en pareil cas qu'un médecin ne saurait être trop réservé, qu'il ne peut trop se méfier des théories spécieuses, que son esprit doit être exempt de toute prévention, et son cœur dégagé de toute faiblesse. « Pour prononcer, dit le professeur *Chaussier*, il faut avoir pour soi non-seulement la plus grande certitude, mais encore il faut la rendre évidente aux juges et aux personnes intéressées, par une exposition claire et complète des signes propres et des symptômes généraux reconnus et capables de former une démonstration rigoureuse. Sans ce concours de preuves suffisantes, toute assertion n'est et ne doit être, aux yeux d'un homme sage, qu'une supposition gratuite, dénuée de tout fondement, capable d'entraîner des maux toujours funestes, quelquefois irréparables. Trop souvent l'apparence en impose au premier coup-d'œil; pour dissiper l'illusion et saisir la vérité, il faut, dans quelques cas, une habitude qui ne s'acquiert que par l'expérience et une suite de réflexions. »

Bien convaincu de la difficulté du sujet que je me propose de traiter, il y a peut-être de la témérité de ma part à m'exercer sur la question épineuse de l'infanticide; je ne me dissimule pas qu'elle est trop complexe pour pouvoir être amenée à une solution satisfaisante, et qu'il restera encore beaucoup à dire à cet égard. Loin de moi la prétention d'avoir ajouté quelque chose à ce qu'ont écrit sur un pareil sujet les hommes qui ont le plus illustré la médecine. Toutefois, cette tâche me sera rendue plus facile par les travaux et les leçons de mes maîtres; ils me serviront de guide dans ce faible essai inaugural; en les suivant pas à pas je ne saurais m'égarer. Reconnaissant à chaque instant les services sans nombre dont nous sommes redevables à nos prédécesseurs, et combien grandes furent les difficultés qu'ils eurent à surmonter, je ne craindrai pas l'application de ces paroles de *Locke*, qu'une vanité prétentieuse fait trop souvent oublier à la plupart de nos auteurs modernes : « Celui qui voyage présentement par de grands chemins s'applaudit sur la vigueur de ses jambes, et attribue sa diligence à la force de son tempérament; ne considérant presque pas combien il est rede-

vable à ceux qui ont coupé les bois, séché les marais, bâti des ponts et rendu les grands chemins praticables, sans quoi il se serait fatigué et n'aurait avancé que fort peu. »

DISSERTATION

SUR

L'INFANTICIDE.

Le Code pénal définit l'infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né; il ne s'explique pas sur l'état de l'enfant, s'il est né vivant ou viable. La cour de cassation a rempli cette lacune, en décidant avec raison que l'on ne peut commettre d'infanticide sur un nouveau-né dont la vie serait trop incertaine. Pour mettre le plus d'ordre possible dans mon travail, je le diviserai en cinq points principaux :

L'enfant était-il viable?

Est-il mort avant l'accouchement ?

A-t-il vécu après sa naissance?

Combien de temps a-t-il vécu, et depuis quand est-il mort?

Quelle a été la cause de sa mort?

L'enfant était-il viable?

Un enfant naît viable lorsqu'il est en état de vivre complètement et aussi long-temps que le commun des hommes, et d'acquérir ainsi les conditions civiles qui le rendent apte à faire partie de l'état social. *Fœtus vitalis hoc est ad vitam continuendam aptus* (Habenstreit); *vitalis ille dicendus est qui non vivus tantùm editur, sed in vitâ perfectè potest subsistere* (Teichmeyeri). Il y a deux cas dans lesquels on peut être appelé à constater la viabilité d'un fœtus : dans le premier, l'enfant est vivant; il faut établir son aptitude à prolonger sa vie. Dans le second, l'enfant est mort; il faut rechercher s'il était conformé de manière à vivre. Les détails relatifs à l'éclaircissement du premier point étant hors de mon sujet, je ne m'y arrêterai pas. Dans le second cas, comment déterminer la viabilité? Une prévention d'infanticide ne peut être accueillie sans l'existence du corps du délit ; ce sera donc sur l'enfant, dont le cadavre ou une partie quelconque aura été représentée, qu'on devra d'abord diriger ses premières recherches.

On examinera le volume de l'enfant, où son poids et ses dimensions. Ces caractères varieront suivant le degré de nutrition dans le sein maternel, de la constitution des parens, etc.

On a trouvé que le poids des nouveau-nés était, terme moyen, de six livres un quart; mais les considérations tirées du poids des fœtus sont presque toujours insuffisantes. Cependant *Chaussier* a remarqué que lorsque le poids d'un enfant venu à terme est fort au-dessous de ce qu'il devait être, lorsque, par exemple, il ne pèse que deux ou trois livres, on observe souvent quelques vices de conformation, ou un état de débilité et d'atrophie morbides.

Les dimensions du fœtus en longueur ou grandeur fourniront des données plus positives que leur poids pour apprécier leur maturité. D'après les recherches de *Baudelocque*, les deux extrêmes de la longueur des enfans venus au neuvième mois de la grossesse sont de seize pouces pour ceux qui présentent le moins de longueur, et

de vingt-deux ou vingt-trois pouces pour ceux qui en présentent le plus. On devra aussi avoir égard aux dimensions de la tête et aux proportions de forme et de grandeur des parties entre elles. Le volume de la tête est d'autant plus considérable relativement aux autres parties du corps, et les membres abdominaux sont d'autant plus courts que le terme de la maturité est plus éloigné. Si on mesure un fœtus du sommet de la tête aux talons, on observe que la moitié de la longueur du corps répond, au neuvième mois, un peu au-dessous ou au milieu de l'ombilic; dans le fœtus de huit mois, elle répond à deux ou trois centimètres au-dessus de l'ombilic; à sept mois, elle sera un peu plus élevée, et elle se rapprochera d'autant plus du sternum que la grossesse sera moins avancée. Le meilleur et le plus sûr moyen de juger si un enfant qui vient de naître est viable ou non, c'est d'examiner la structure de son corps, si son organisation est complète ou incomplète, s'il offre, en un mot, des caractères de maturité ou d'immaturité.

La nature a fixé le terme de la gestation, pour l'espèce humaine, à neuf mois; cependant l'enfant peut naître plus tôt ou plus tard, et n'en être pas moins viable, soit qu'en vertu des lois primordiales qui lui sont propres il marche plus promptement vers le terme de la naissance, soit qu'une mère, pleine de vigueur et de santé, lui communique avec rapidité l'étincelle de la vie, ou que, par le renversement de toutes ces lois, ils languissent l'un et l'autre sans force et sans action. Avant le sixième mois de la grossesse l'organisation du fœtus est si imparfaite, qu'on ne conçoit pas qu'il puisse vivre s'il vient à être expulsé de l'utérus. Je m'abstiendrai donc de suivre le produit de la conception dans ses développemens successifs jusqu'au terme de sa maturité; c'est au cent quatre-vingtième jour ou à six mois que je commencerai à l'examiner.

A six mois le fœtus a onze à douze pouces de longueur; la moitié de sa longueur totale répond à l'extrémité abdominale du sternum; sa pesanteur est d'une à deux livres; les parois du crâne présentent une certaine mollesse, les fontanelles ont une grande étendue, les

narines ouvertes, les oreilles non percées, la pupille ordinairement fermée par une membrane; la peau est fine, mince, lisse; elle présente une couleur pourprée à la paume des mains, à la plante des pieds, à la face, aux lèvres, aux plis des aines, des cuisses, des fesses; les cheveux sont rares, courts, blancs, argentins; les ongles mous, minces et courts; dans les mâles, les testicules sont dans l'abdomen sous le péritoine; le scrotum est peu développé, d'un rouge vif; dans les femelles, la vulve, proéminante, est écartée par la saillie du clitoris; le foie est très-étendu, l'estomac rempli de mucosités; une partie du gros intestin contient du méconium; les poumons sont blancs et fermes; la vessie, dure, pyriforme, est placée hors du bassin. La longueur totale de l'intestin grêle est sept fois plus grande que la distance de la bouche à l'anus.

Au septième mois, le fœtus a quatorze à quinze pouces, son poids est de trois à quatre livres; toutes les parties acquièrent plus de consistance; la peau prend une teinte rosée; un fluide onctueux forme à sa surface l'enduit blanchâtre et graisseux désigné sous le nom de *vernix caseosa cutis*. Les paupières cessent d'être agglutinées, la membrane pupillaire disparaît; les cheveux, plus longs, prennent une teinte blonde; la pulpe cérébrale est moins diffluente, sa substance médullaire plus arrosée de vaisseaux, sa surface externe, blanche, peu sillonnée; les poumons sont rougeâtres, le foie est plus éloigné du nombril; le méconium occupe presque tout le gros intestin.

A huit mois, le fœtus pèse quatre à 5 livres; sa longueur est de seize à dix-sept pouces; la moitié du corps répond à six lignes au-dessus de l'ombilic; la peau est plus ferme et plus claire; elle se couvre de poils courts très-fins; souvent, dans les mâles, les testicules sont engagés dans l'anneau suspubien, les vaisseaux du cerveau sont fortement injectés.

A neuf mois, le fœtus a acquis toute sa maturité: la moitié de sa longueur totale, qui est de dix-huit à dix-neuf pouces, répond précisément au bord supérieur de l'ombilic; son poids est le plus ordinairement de six à sept livres; la tête a de la fermeté; les fontanelles

sont moins larges ; les cheveux sont plus longs, plus épais, plus colorés ; l'enduit sébacé est plus adhérent à la peau. Les testicules sont très-souvent parvenus dans le scrotum ; les ongles se prolongent jusqu'à l'extrémité des doigts. La longueur de l'intestin grêle est douze fois plus grande que la distance qui sépare la bouche de l'anus ; le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, le mésocéphale ont acquis une consistance remarquable ; mais la surface convexe de l'encéphale conserve toujours beaucoup de mollesse et de flaccidité. Les poumons sont plus rouges, plus volumineux ; le foie est plus ferme ; le méconium remplit tout le gros intestin, et la bile est plus amère ; le canal artériel très-ample, et ses parois plus denses ; le trou de botal très-grand. Les membres abdominaux ne sont pas beaucoup plus longs que les membres thoraciques.

On pourrait aussi recourir aux caractères fournis par l'ostéogénie, et au tableau de *Tiedemann*, sur la longueur des diverses parties de l'encéphale aux différentes époques de la vie intrà-utérine ; mais je pense que dans un rapport judiciaire il faudra toujours éviter les développemens trop étendus et trop minutieux pour des personnes étrangères à l'anatomie physiologique. D'ailleurs, au moyen des données précédentes, il sera toujours possible de reconnaître si l'enfant est arrivé à un assez haut degré de maturité pour être viable. Il est inutile de remarquer ici qu'il ne faut pas regarder comme viable un enfant qui naîtrait avec quelque vice de conformation ou quelque maladie grave propre à empêcher l'exercice des fonctions.

L'enfant a-t-il vécu ?

Les plus célèbres jurisconsultes s'accordent à dire que c'est la respiration complète qui constitue la vie d'un nouveau-né ; la preuve que l'enfant a respiré s'acquiert par l'examen anatomique et par la docimasie pulmonaire.

Les signes fournis par la mensuration du thorax, d'après *Daniel*, ne présentent aucune donnée certaine ; la conformation de la poitrine

est sujette à trop d'irrégularités pour qu'une opération aussi minutieuse puisse être de quelque valeur : on peut en dire auiant de la dépression du centre tendineux du diaphragme et du refoulement de cet organe vers la cavité abdominale, que *Ploucquet* avait voulu mettre au rang des signes certains de la respiration. Le volume des poumons et la couleur rosée de ces organes ne peuvent également fournir que des présomptions ; le canal artériel, le canal veineux ne contiennent plus de sang, tandis que les vaisseaux pulmonaires en sont remplis, si l'enfant a respiré ; mais, ces caractères n'étant bien déterminés que quelques jours après la naissance, on conçoit que, dans la plupart des cas, ces considérations seront de nulle valeur.

Docimasie pulmonaire. — Épreuve de PLOUCQUET *par la balance.* Cette expérience est fondée sur l'augmentation de la pesanteur des poumons par l'abord plus considérable du sang, lorsque la respiration est établie. *Ploucquet* avait cru pouvoir affirmer que la respiration doublait la pesanteur des poumons; que cette pesanteur, lorsque l'enfant n'a pas respiré, est à celle du corps entier :: 1 : 70, et que, lorsque cette fonction s'est exécutée, le rapport est de, 2 : 70 ou 1 : 35. L'épreuve par la balance n'a pas donné des résultats aussi satisfaisans que son auteur l'avait fait espérer : en effet, M. *Schmitt* et *Chaussier* ont démontré que le premier rapport pouvait se rencontrer chez des fœtus qui avaient respiré, et le second chez d'autres qui n'avaient pas respiré. Cependant cette expérience n'est pas à rejeter ; et peut-être, lorsque l'enfant est à terme et bien conformé, pourrait-on s'en servir avec avantage pour déterminer si les poumons surnagent par suite de la respiration ou de l'insufflation.

Les expériences tentées par M. le professeur *Orfila* pour calculer le rapport de pesanteur des poumons avec le cœur ne l'ont pas conduit à tirer une induction plus positive. Je ne parlerai pas de l'épreuve de *Daniel*, parce que l'exécution de ce procédé exige des instrumens trop exacts et des soins trop minutieux pour qu'on puisse l'adopter

en médecine légale ; les résultats qu'on pourrait en obtenir ne sont pas d'ailleurs plus certains que ceux de *Ploucquet.*

La méthode généralement employée aujourd'hui est la plus ancienne ; on la fait remonter jusqu'à *Galien :* quoiqu'elle soit fort simple, et décisive dans un grand nombre de cas, elle était cependant tombée dans l'oubli ; ce ne fut que vers le milieu du dix-septième siècle que *Bartholin* et *Swammerdam* la rappelèrent à l'attention des savans. Quelque temps après, *Scherger* en fit l'application à la médecine légale; depuis cette époque, elle a été sanctionnée par tous les tribunaux, et son omission a toujours rendu nuls les procès-verbaux et les rapports judiciaires. On la pratique ainsi qu'il suit : après avoir lié les troncs vasculaires, on coupe la trachée-artère à l'endroit où elle pénètre dans les poumons; on enlève à la fois le cœur et les poumons; on essuie le sang répandu à leur surface, puis on les plonge dans un vase ayant au moins un pied de profondeur, et rempli d'eau de rivière à la température de 10 à 15° + 0. On observera si ces viscères se précipitent au fond du vase avec lenteur ou brusquement. Après avoir séparé des poumons le cœur et le péricarde, l'on réitère l'expérience avec les poumons seulement, ensuite avec chaque lobe séparément, en totalité ou en partie. On aura soin de noter si tous les morceaux surnagent ou s'ils vont au fond, de quel poumon ou de quelle partie du poumon ils proviennent; enfin on exprime avec les doigts, sous l'eau, chacun de ces morceaux, pour s'assurer s'il s'en dégage des bulles d'air, et si, après l'expression, ils surnagent encore. En coupant les poumons, on a soin d'examiner aussi l'état du parenchyme.

Si les poumons avec le cœur surnagent, c'est une preuve que les cellules pulmonaires contiennent beaucoup d'air et que la respiration a été complète; si les poumons entiers ou divisés en morceaux se précipitent au fond de l'eau, point de respiration ; enfin, si quelques fragmens surnagent tandis que d'autres vont au fond, l'enfant n'avait respiré que d'une manière très-imparfaite, peut-être même y a-t-il eu insufflation artificielle. D'après les observations de M. *Portal*, il

paraîtrait que dans les premières inspirations l'air s'introduit plutôt dans le poumon droit que dans le gauche, ce qui s'explique par la forme de la branche droite, qui est plus courte et plus grosse que l'autre.

M. *Bernt*, en Autriche, a imaginé un instrument propre à faire connaître le volume et le poids absolus des poumons : je ne le décrirai pas ici, parce que de nouvelles expériences seraient nécessaires pour déterminer le degré de confiance qu'on doit accorder à cette méthode. « Tout ce qui tient à la vie, dit M. le professeur *Orfila*, échappe à des calculs mathématiques; et s'il est vrai que le principe sur lequel est fondée l'épreuve du docteur *Bernt* est incontestable, et que les choses se passent comme il l'annonce, dans la plupart des cas, il se présente néanmoins assez d'anomalies et d'exceptions pour qu'il ne soit pas possible d'en faire une application rigoureuse. »

Plusieurs objections ont été faites contre la méthode hydrostatique; on a dit : 1°. *les poumons d'un fœtus mort-né peuvent surnager, parce qu'ils sont pourris, emphysémateux, ou qu'ils ont été insufflés.* Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. *Orfila*, que, de toutes les parties du corps, à l'exception des os, les poumons sont celles qui se putréfient les dernières; et que, même lorsque la putréfaction est tellement avancée qu'elle a détruit les parois thoraciques et abdominales, néanmoins les poumons se précipitent en totalité ou en petits fragmens, en admettant toujours que l'enfant n'ait pas respiré. S'il arrivait que la putréfaction se fût emparée de la surface du parenchyme pulmonaire, on pourrait, en pressant le poumon entre les doigts, en faire sortir les gaz contenus dans les ampoules développées sous la plèvre, et l'organe gagnerait le fond de l'eau. Lorsqu'un poumon ainsi putréfié surnage, on incise cet organe, et la *crépitation* se fait entendre, si la fonction respiratoire s'est accomplie : ce phénomène n'existera pas dans le cas contraire; si la respiration a eu lieu, la pression sous les doigts dégagera les gaz résultant de la putréfaction, mais le poumon ne se pré-

cipitera pas au fond du vase, parce que la compression ne peut chasser l'air des vésicules bronchiques dans lesquelles il est contenu. Je n'ai pas besoin de faire observer que ces recherches ne sont praticables qu'autant que la putréfaction n'est pas encore parvenue à un degré où le ministère du médecin deviendrait complètement inutile.

L'emphysème des poumons peut faire surnager quelques parties de ces organes; mais, en les comprimant, le fluide aériforme qu'elles contiennent sera expulsé, de même que les gaz résultant de la putréfaction.

Comment distinguer si la surnatation est l'effet de l'insufflation ou de la respiration? Il faut convenir que la plupart des signes donnés par les auteurs sont insuffisans pour établir cette différence. Si les principes qui servent de base au système de *Ploucquet* étaient exacts et invariables, la solution du problème serait facile et assurée. Il est constant que l'insufflation même la plus complète ne peut augmenter d'une manière appréciable le poids des poumons d'un fœtus qui n'a pas respiré ; mais comme on ne peut partir d'un point fixe pour établir la différence de pesanteur qui existe entre un poumon qui a respiré et un poumon qui n'a pas respiré, il est facile de prévoir que les résultats ne doivent présenter aucune certitude. Cette distinction peut être cependant, dans quelques cas, de la plus haute importance, comme on pourra s'en convaincre par les exemples cités par *Butner* et *Morgagni*. Les expérience du docteur *Billard* l'ont porté à conclure que plus l'enfant était voisin du terme, plus il était facile d'insuffler la totalité des poumons.

2°. *Un fœtus peut avoir vécu et n'avoir pas respiré.*

Buffon, *Legallois* et d'autres naturalistes ont prouvé que les fœtus des mammifères qui n'ont pas encore respiré résistent beaucoup mieux aux causes de suffocation que ceux qui ont déjà respiré pendant un certain temps. On en conclut que si un enfant naît enveloppé

de ses membranes, s'il se trouve plongé dans l'eau à sa sortie de l'utérus, il pourra arriver que la vie s'accomplisse pendant quelque temps, quoique la respiration n'ait pas eu lieu. Cette objection n'est que spécieuse; il ne s'agit que de s'entendre sur le mot *vie*. On doit admettre une vie intra-utérine, végétative ou *fœtale*, et une vie extra-utérine, extérieure ou de relation : or, c'est la respiration qui constitue essentiellement ce dernier mode d'existence; et tant qu'on ne pourra pas prouver que cette fonction s'est accomplie, on ne devra pas affirmer que l'enfant a vécu. Sans l'innervation, sans la respiration, la vie ne peut être admissible en médecine légale. « La vie n'aura pas « encore réuni les conditions qui impliquent la possibilité du crime « d'infanticide, et la submersion des poumons, qui dans de sem- « blables cas, aura lieu n'indiquera pas, il est vrai, s'il y avait vie im- « parfaite chez le fœtus, si cette vie imparfaite aurait pu se dévelop- « per à l'aide de secours convenables; mais elle attestera que le fœtus « n'ayant pas respiré, ne peut légalement être considéré comme « ayant vécu. » (*Marc.*, Dict. de méd.)

Il serait donc téméraire de soutenir, comme l'a fait le docteur *Hubert* aux assises de la Mayenne, dans le cas qui nous occupe, que la mort a été causée par le défaut de respiration, puisque la mort n'est que la cessation de la vie, et que celle-ci ne peut s'accomplir que par l'exercice de la respiration. Mais, dira-t-on, l'intelligence se refuse-t-elle à croire qu'un enfant bien constitué et viable pût recevoir la mort, à l'instant de la naissance, par une main criminelle, qui empêcherait à la fois et la respiration et les cris de la victime! Sans doute, il n'est pas impossible que de pareilles circonstances se présentent, surtout si les coupables ont déjà été instruits, par les débats des cours d'assises, que cette manière de détruire l'enfant qui sort du sein maternel met les juges et les médecins dans l'impossibilité presque absolue de découvrir les traces du crime : dans cette hypothèse, l'homme de l'art ne pourra qu'être fort réservé dans ses conclusions; il devra se borner à constater la non existence de la respiration; et, s'il existe des traces de violence, ou s'il peut découvrir les

moyens qui ont été employés, il se gardera bien de dire que la mort doit être attribuée à l'empêchement qu'on a apporté à la respiration, mais que l'enfant aurait peut-être vécu si on n'eût mis obstacle à l'accomplissement de cette fonction.

« Si, dans l'épreuve hydrostatique, les poumons se précipitent au « fond de l'eau, on devra en conclure que l'enfant n'a pas vécu, parce « que vivre et respirer sont une seule et même chose en médecine légale. « On sent bien qu'une pareille décision peut n'être pas toujours juste, « et qu'elle peut faire absoudre quelquefois la main homicide qui a « tranché les jours de l'enfant; mais on est au moins assuré qu'elle « ne peut jamais compromettre l'innocence. » (*Capuron*, Méd. lég.)

3°. *Un enfant peut respirer avant de naître.*

Les observations rapportées par MM. *Zitterland* et *Jobert* mettent hors de doute la possibilité de la respiration intra-utérine et des vagissemens utérins. Cependant ces phénomènes ne devront avoir lieu qu'après la rupture de la poche des eaux et l'introduction de l'air dans cette poche, par des manœuvres exercées pendant l'accouchement. Dans ce cas, le fœtus contenu dans la cavité de l'utérus ne respire qu'incomplètement, ce qu'il sera toujours facile de constater par la docimasie pulmonaire : on ne pourra pas dire alors qu'il ait vécu. Mais, lorsque la tête est déjà parvenue à la vulve, rien ne s'oppose à ce que la respiration s'exécute d'une manière complète, et que l'enfant puisse continuer de vivre après la terminaison de l'accouchement. Quant aux mouvemens respiratoires que le professeur *Béclard* rapporte avoir observés sur les petits des femelles pleines dont il avait incisé les parois abdominales et utérines, les membranes amniotiques restant intactes, je pense, avec le docteur *Bonnet*, que ces mouvemens étaient moins dus à l'élévation et à l'abaissement de la poitrine, qu'à la gêne que ces animaux semblaient éprouver par la moindre quantité de sang qu'ils recevaient par les suites de l'opération pratiquée sur la mère et par les douleurs que celle-ci ressentait. Les expériences du docteur *Carrez* confirment pleinement cette opinion; en effet, au-

cun des poumons des mammifères sur lesquels ce dernier a observé les prétendus mouvemens respiratoires n'a surnagé.

4°. *Il peut arriver que les poumons ne surnagent pas, quoique l'enfant ait respiré.*

Ce cas peut se rencontrer avec certains états pathologiques du poumon, si, par exemple, l'enfant naît avec une pneumonie aiguë et s'il se déclare, au moment de la naissance, une hépatisation du tissu pulmonaire. Dans ces diverses circonstances, l'affection des organes respiratoires ne laisse aucun doute sur la cause de la mort. Le docteur *Billard* a fait cette remarque importante, que la congestion pulmonaire non inflammatoire coïncide souvent avec des épanchemens sanguins dans le tissu cellulaire des membres, qu'on pourrait prendre, au premier abord, pour des violences exercées sur le fœtus; enfin, il n'est pas rare de voir les poumons du fœtus, qui ne sont pas venus à terme, se précipiter, quoiqu'ils aient exercé quelques mouvemens respiratoires.

L'enfant est-il mort avant l'accouchement?

Pour résoudre cette question, il faut avoir égard, 1°. aux signes fournis par la femme et par le fœtus avant la naissance; 2°. aux variétés que peut présenter le cadavre du fœtus; 3°. à l'état de l'arrière-faix.

1°. Les auteurs rangent au nombre des signes du premier genre les maladies graves dont la mère peut avoir été atteinte pendant la grossesse, l'évacuation prématurée des eaux de l'amnios, l'écoulement fétide par le vagin, la lenteur et la faiblesse des douleurs, le ballotement incommode dans l'abdomen, qui détermine un sentiment de pesanteur du côté sur lequel la femme se couche; la cessation des mouvemens du fœtus, le défaut de pulsations du cordon ombilical et son refroidissement; enfin la putréfaction et la séparation du cuir chevelu. Mais, dit M. le professeur *Orfila*, aucun de ces signes, excepté l'état de putréfaction bien constaté, pris isolément, n'est suffisant pour établir la mort du fœtus dans la matrice; leur ensemble pourra néanmoins faire naître de graves présomptions en faveur de

cette mort ; l'absence de ces signes ne permet pas de conclure non plus que l'enfant est vivant au moment de l'accouchement, parce qu'il peut être mort depuis peu de temps. 2°. *État du cadavre du fœtus.* Il sera constant que le fœtus était mort depuis plusieurs jours si ses membres sont flasques, si l'épiderme, blanc et épaissi, s'enlève facilement ; si la peau est d'un rouge pourpre et brunâtre dans quelques parties, s'il existe une infiltration séreuse dans tout le tissu cellulaire sous-cutané ; enfin si le cordon ombilical est gros, mou, infiltré, livide, et le thorax aplati : on se convaincra, par l'examen des organes respiratoires, que le fœtus n'a pas respiré. Souvent on trouve sous le cuir chevelu une matière semblable à de la gelée de groseilles ; dans d'autres cas, au contraire, le fœtus est compacte, desséché et réduit à ce qu'on appelle *l'état gras;* si la mort du fœtus a lieu peu de temps avant un accouchement laborieux et après que les eaux se sont écoulées, il ne tarde pas à prendre une couleur noirâtre et à se pourrir. 3°. *Caractères de l'arrière-faix.* L'observation démontre que la désorganisation du placenta, à la suite d'une maladie quelconque, de même que son décollement après une hémorrhagie considérable, entraîne nécessairement la mort du fœtus.

Déterminer combien de temps l'enfant a vécu, et depuis quand il est mort?

C'est particulièrement dans l'examen du cordon et des vaisseaux ombilicaux, du canal artériel et veineux, et du trou de *Botal*, qu'on pourra puiser des indices positifs. Dans le plus grand nombre des cas, après la naissance le cordon reste frais et humide, plein et bien adhérent au nombril pendant quelques heures. Au bout de quinze ou seize heures il est plus ou moins flétri ; vers la quarantième heure sa flétrissure est complète, et souvent même il y a un commencement de dessication. La séparation a lieu du quatrième au sixième jour ; mais il est des enfans sur lesquels cette chute s'effectue dès le deuxième jour, tandis que chez d'autres elle n'a lieu que le neuvième ou le dixième. La dessiccation commence par son extrémité libre, ainsi que l'a observé M. *Billard.* La petite plaie qui résulte de la

chute du cordon ombilical est ordinairement cicatrisée du huitième au douzième jour. L'oblitération du canal artériel, du canal veineux, du trou de *Botal* n'ayant lieu que graduellement, et leur occlusion complète pouvant être retardée jusqu'au huitième ou douzième jour, le degré de rétrécissement observé donnera la mesure de la durée de la vie. Pour décider, d'après l'état de putréfaction, depuis combien de temps l'enfant est mort, il faut avoir égard au lieu où le cadavre a été trouvé et à la température de l'air ambiant. La décomposition se fera plus promptement dans un air humide et chaud que dans un air sec, dans l'eau courante que dans l'eau qui ne se renouvelle pas, dans la terre humide que dans un terrain sec. La nature du sol dans lequel le fœtus a été enfoui influe aussi sur la marche de la putréfaction. L'examen de cette question présente d'autant plus d'intérêt, qu'on peut parvenir à connaître par là si l'enfant trouvé mort appartient à la femme accusée.

Quelle a été la cause de la mort de l'enfant ?

Causes involontaires. La longueur du travail, l'entortillement du cordon ombilical autour du cou, sa compression, la sortie du placenta avant celle du fœtus, de fausses manœuvres sont autant de causes qui peuvent faire périr l'enfant pendant l'accouchement. Les contractions violentes de l'utérus peuvent déterminer l'apoplexie du nouveau-né ; on reconnaît cet accident, à la face bouffie et violette du fœtus. Une tumeur sanguine ou séreuse se manifeste à la partie de la tête qui s'est présentée la première ; le crâne est allongé, les os sont mobiles et chevauchent les uns sur les autres ; les vaisseaux encéphaliques sont gorgés de sang ; le péricrâne est soulevé par un épanchement de ce fluide qui envahit toutes les membranes du cerveau. Dans quelques cas, néanmoins, il sera difficile de distinguer ces lésions d'avec celles qui sont produites par une cause violente. L'expulsion brusque de l'enfant, et sa chute sur un corps dur, sans que la mère ait le temps de prévenir cet accident, n'a pas les suites aussi graves qu'on l'avait d'abord pensé, parce que, dans la plupart des cas, les

mères étant debout fléchissent les jambes sur les cuisses, et par là se trouve diminuée la hauteur de laquelle l'enfant serait tombé. L'issue du cordon ombilical peut faire périr l'enfant, surtout si les douleurs sont prolongées; le cordon se trouvant entre les os du bassin et la tête, doit produire une compression assez forte pour intercepter la crculation.

La supposition de la rupture du cordon ombilical par les mouvemens convulsifs de la mère n'est pas inadmissible, surtout si ces convulsions tiennent à une affection épileptiforme bien constatée. Le décollement du placenta, son implantation sur l'orifice utérin, et sa sortie prématurée, donnent lieu quelquefois à une hémorrhagie qui peut devenir funeste à la mère et à l'enfant. D'après l'épuisement qui doit en résulter pour la mère, il pourrait arriver qu'elle se trouvât dans l'impossibité de donner au nouveau-né les soins qu'il réclame. La rupture du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement peut donner lieu à une hémorragie mortelle; mais si l'expulsion brusque de l'enfant hors de la matrice, la mère étant debout, déterminait cette rupture, il ne s'en suivrait pas une hémorrhagie nécessairement mortelle, comme dans le cas précédent, quoique le cordon ombilical eût été rompu très-près du ventre, et même dans le ventre, comme le prouvent les observations du docteur *Klein*. L'asphyxie spontanée détermine souvent la mort chez l'enfant nouveau-né. Les caractères de ce mode de cessation d'existence se tirent principalement des signes négatifs de l'asphyxie artificielle, dont je parlerai plus loin.

Causes volontaires. Le nouveau-né peut périr par la seule *omission* volontaire des secours qui lui sont nécessaires dans les premiers momens de son existence : c'est ce que les auteurs de médecine légale ont appelé *infanticide par omission ;* ainsi il peut être exposé, à *dessein*, à une température froide ou à une chaleur trop élevée; on peut le priver de nourriture ou le laisser dans une position telle qu'il ne puisse pas respirer; enfin il arrive quelquefois qu'on néglige volontairement la ligature du cordon ombilical.

L'enfant en naissant est souvent si faible, que le passage subit de la température utérine à la température atmosphérique peut quelquefois le faire périr; les recherches de MM. *Edwards* et *Villermé* ne laissent plus aucun doute à cet égard. Si donc, par un grand froid, ou même dans une saison tempérée, on trouve le corps d'un enfant roide, décoloré, nu ou presque nu, exposé dans un lieu découvert; si les vaisseaux intérieurs sont gorgés de sang, tandis que les vaisseaux cutanés sont contractés et presque vides; si l'épreuve pulmonaire annonce en même temps que la respiration a eu lieu, il deviendra très-probable qu'une intention coupable à présidé à sa mort. On aura les mêmes présomptions si le fœtus a été trouvé exposé au rayons du soleil ou auprès d'un foyer ardent.

L'abstinence qui se prolonge pendant plus de vingt-quatres heures peut être funeste à l'enfant qui vient de naître; si la mort en a été la suite, on trouvera l'estomac et les intestins vides et contractés. Presque toujours cet état se rencontre avec l'exposition, et les enfans ainsi abandonnés succombent à l'action de ces deux causes.

Il peut arriver qu'une femme laisse périr volontairement son enfant lorsque à sa sortie de la vulve la face, regardant en arrière, est plongée dans le sang et les eaux qui se sont écoulés de la matrice. Il est évident que si on ne le change pas de position il périra privé d'air ou asphyxié par un air impur. La femme qui alléguera l'état de syncope, d'hémorrhagie ou d'éclampsie, devra être soumise à l'observation du médecin, qui appréciera à leur juste valeur ces divers motifs d'excuse.

L'omission de la ligature du cordon ombilical ne produit pas nécessairement une hémorrhagie mortelle, comme on le croyait autrefois. On ne doit pas cependant la négliger, car de nombreuses observations attestent que des enfans nouveau-nés sont morts victimes de cette omission. Et s'il est prouvé qu'une femme convaincue de la nécessité de cette ligature l'a omise volontairement, si d'ailleurs la mort de l'enfant s'en est suivie, elle encourt l'accusation d'infanticide. L'hémorrhagie ombilicale sera d'autant plus probable que le cordon aura été *coupé* plus près de l'abdomen. Si le cordon a été *déchiré* à une

certaine distance de l'ombilic, l'hémorrhagie sera moins à redouter, et d'autant moins que son extrémité sera plus éloignée de l'ombilic. La peau du fœtus qui a succombé à une hémorrhagie présente une couleur livide et cireuse. M. *Orfila* pense, contre l'opinion des anciens auteurs, que dans tous les cas on n'observe point la vacuité absolue des vaisseaux et la décoloration des muscles.

Infanticide par commission. J'arrive à l'énumération pénible et affligeante des divers moyens qui ont été suggérés par un instinct destructeur pour faire périr le nouveau-né. S'il fallait entrer dans tous les détails qui peuvent conduire à faire reconnaître ces différentes manœuvres, je dépasserais les bornes que je me suis prescrites. Je ne ferai donc que les indiquer ici.

Des plaies de tête. Les lésions que l'on rencontre quelquefois sur la tête des nouvau-nés ne sont pas toujours l'effet de violences extéreures : ainsi, un travail laborieux peut occasioner des ecchymoses, l'empâtement des chairs, des fractures et des enfoncemens des os du crâne, des épanchemens sanguins tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Le médecin devra d'abord s'enquérir des circonstances concomittantes de l'accouchement : il y aura de fortes présomptions de croire que ces diverses lésions sont l'œuvre du crime, et ont été produites après la naissance, si l'épreuve hydrostatique constate que l'enfant a respiré.

Acupuncture. Ce mode d'infanticide peut facilement échapper aux recherches, si on n'y apporte la plus scrupuleuse attention. Les auteurs citent de nombreux exemples de cette horrible manœuvre : on lit dans les Causes célèbres qu'une sage-femme, aveuglée par un fanatisme exécrable, faisait ainsi périr un grand nombre d'enfans nouveau-nés, dans l'unique but, disait-elle, de peupler le ciel. Pour blesser le cerveau, on a plongé une longue aiguille dans les narines, les tempes, les oreilles, les fontanelles. La moëlle épinière, les viscères abdominaux ont aussi été l'objet de piqûres mortelles.

Luxation des vertèbres cervicales. Lorsqu'on trouve sur un enfant né vivant les vertèbres cervicales luxées, avec une forte ecchymose sur le cou, les ligamens déchirés ou froissés, des infiltration sanguines et des sugillations à la nuque, tout porte à croire que ces désordres sont l'effet de manœuvres criminelles. Cependant il n'est pas sans exemple que les vertèbres cervicales aient été luxées par suite des tractions faites sur le corps de l'enfant, la tête étant encore retenue dans le bassin. Dans ce cas la docimasie pulmonaire indiquera l'absence de la respiration.

La détroncation, de vastes blessures, et la section des membres se reconnaîtront à la simple inspection. Quant aux fractures simples et aux luxations des membres, il est arrivé quelquefois que ces lésions ont été produites, pendant l'accouchement, par la force des contractions utérines. *Chaussier* a compté cent trente fractures sur une petite fille qui avait vécu vingt-quatre heures. L'accouchement avait été facile. Le même auteur a observé une luxation complète de l'avant-bras gauche sur un enfant vivant qui venait de naître.

Torréfaction. Si un enfant a été jeté dans les flammes, et qu'il reste encore quelques parties du corps, il faut examiner s'il existe des phlyctènes. Cette altération prouvera que l'enfant était vivant lorsqu'on l'a brûlé.

Asphyxies, 1°. par privation d'air respirable. On peut avoir enfoui l'enfant dans la terre, dans un coffre, dans un tas de foin ou de paille, etc., etc. : si la docimasie pulmonaire prouve qu'il a respiré, le crime est évident.

2°. *Par oblitération mécanique des voies aériennes, soit au moyen de linges, de foin, de terre*, etc., etc. Quelquefois on a détruit des enfans en leur tenant la bouche et les narines fermées ; en renversant la langue vers l'isthme du gosier, en abaissant l'épiglotte sur la glotte. Le déchirement du frein de la langue, des ecchymoses au cou, et

tous les symptômes d'une congestion cérébrale élèveront de fortes présomptions contre l'accusée.

3°. *Par submersion.* Ce mode d'infanticide est très-fréquent. Le point essentiel sera d'établir si la respiration a eu lieu. On s'aidera aussi des autres signes qui servent à faire connaître la submersion.

On reconnaîtra que le fœtus était vivant au moment de l'immersion à l'existence d'une écume non muqueuse placée sur la membrane interne de la trachée-artère ; ce signe acquiert d'autant plus de valeur que la situation de l'écume est plus voisine de la bouche. L'eau dans l'estomac est un des signes les plus constans ; mais il sera souvent très-difficile de prouver son identité avec le liquide dans lequel le fœtus a été immergé. D'après M. le docteur *Alph. Devergie*, l'écume des noyés est ordinairement blanche, à bulles très-petites et très-multipliées, constituant plutôt une mousse qu'une écume proprement dite. Elle n'adhère jamais à la trachée par des mucus ; mais elle est immédiatement appliquée sur ce conduit. Il est impossible de la confondre avec les crachats, soit de la pneumonie, soit du catarrhe. La présence dans la trachée, dans les bronches, et même dans les dernières ramifications bronchiques, d'une eau semblable à celle dans laquelle le corps est plongé, n'entraîne pas l'idée de vie ; car tous ces phénomènes peuvent se produire après la mort, ainsi que le démontrent les expériences de MM. *Orfila* et *Piorry*.

4°. *Par strangulation.* Il sera toujours très-difficile d'établir si la strangulation est l'effet de l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant, de la constriction de l'orifice utérin, ou si elle doit être attribuée à une violence extérieure. L'épreuve hydrostatique pourra encore, dans ce cas comme dans le précédent, éclairer le diagnostic du médecin.

D'après un grand nombre d'observations nouvelles, de la vérité desquelles M. *Alph. Devergie* a pu se convaincre plusieurs fois, l'empreinte ou même la cannelure produite par la corde ou par toute autre lien dans la mort par strangulation n'est pas toujours ecchymosée ; mais

la peau correspondant à cette empreinte est tantôt blanche, tantôt jaune, tantôt brune, et toujours, pour ainsi dire, flétrie, parcheminée, effet qu'on n'obtient pas après la mort. De pareils phénomènes doivent probablement se rencontrer aussi lors de la strangulation par le cordon ombilical ou par la constriction de l'orifice utérin.

5°. *Par des gaz délétères.* On a vu des enfans asphyxiés par le gaz produit pendant la combustion du soufre (acide sulfureux). On examinera la couleur et l'odeur de la bouche et des voies aériennes.

Souvent le nouveau-né est précipité dans les fosses d'aisance. Si la mère prétendait être accouchée brusquement, pendant qu'elle était sur la lunette, et avant qu'elle ait pu se retirer, on ne niera pas la possibilité de cet accident, puisqu'on en a vu des exemples. Les interrogatoires que l'on fera subir à la femme, et le soin que l'on prendra de recueillir tous les renseignemens qu'il sera possible d'obtenir, contribueront surtout à faire connaître la vérité. Quoi qu'il en soit, si en pareil cas on soumet les poumons à l'épreuve hydrostatique, on verra que l'enfant n'avait pas ou presque pas respiré; tandis que s'il a été porté dans les fosses d'aisance d'un lieu tant soit peu éloigné, les poumons resteront à la surface du liquide.

J'aurais à examiner maintenant si l'enfant trouvé mort appartenait à la femme accusée. On ne pourra parvenir à résoudre ce problème, qu'en s'assurant d'abord si la femme est accouchée, et si l'époque de l'accouchement coïncide avec le moment où l'on suppose que l'enfant est venu au monde. On s'aidera donc de toutes les lumières fournies par la science des accouchemens dans l'examen des signes consécutifs à cette fonction, et qui se tirent de l'état des grandes et des petites lèvres, de la fourchette et du vagin, du col et du corps de l'utérus, du volume du ventre et de l'état des parois abdominales, de la nature des écoulemens qui ont lieu par le vagin, du volume des mamelles, et de l'existence ou de l'absence de la sécrétion du lait. C'est surtout dans cette circonstance que le médecin devra se rappeler qu'aucun de

ces signes, pris isolément, ne suffit pour affirmer s'il y a eu ou non accouchement récent ; que cependant leur ensemble permet d'établir une conclusion rigoureuse; enfin, que le diagnostic sera d'autant plus facile que l'exploration de la femme aura lieu peu de temps après l'accouchement, et qu'à une certaine époque il est impossible de le constater.

Je crois avoir terminé ce que j'avais à exposer touchant l'infanticide. Les recherches auxquelles je me suis livré m'ont pleinement démontré combien est obscure et incertaine la méthode généralement admise sur ce sujet, la seule qu'il soit possible d'admettre dans l'état actuel de nos connaissances. Si malheureusement ces obscurités et ces incertitudes sont favorables à quelques coupables, c'est un devoir sacré pour le médecin d'agir avec assez de prudence pour qu'elles ne soient jamais funestes à l'innocent. Dans une route aussi ténébreuse, l'évidence est le seul flambeau qui doive nous guider.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Lorry).

I.

Quicumque morbi ex repletione fiunt, curat evacuatio; et quicumque ex evacuatione, repletio; et aliorum contrarietas. *Sect.* 1, *aph.* 22.

II.

Quæ judicantur et judicata sunt perfectè, neque movere oportet, neque innovare, sive purgantibus, sive aliis irritamentis, sed sinere. *Ibid.*, *aph.* 20.

III.

Quæ ducere oportet, quò maximé vergant, eò ducenda, per loca convenientia. *Ibid.*, *aph.* 21.

IV.

Erisipelas foris quidem introverti, non bonum; intùs verò foras, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

V.

Ab anginâ detento, tumorem fieri in collo, bonum : foràs enim morbus vertitur. *Ibid.*, *aph.* 37.

VI.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.